

N° DE EXPEDIENTE:

FECHA:

FORMATO A- 4	
Solicitud - Declaración Jurada	
AUTORIZACIÓN SANITARIA DE:	
a) FUNCIONAMIENTO DE ALMACENES ESPECIALIZADOS	<input type="checkbox"/>
b) TRASLADO DE:	
- ALMACENES ESPECIALIZADOS	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO (Según lo consignado en el RUC-SUNAT)																															
1. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:	N°. REGISTRO DE E																														
2. NOMBRE COMERCIAL:																															
3. RAZON SOCIAL:																															
4. PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL:																															
APELLIDOS:	NOMBRES																														
5. ACTIVIDADES (Marcar con X, Solo en caso de autorizacion de funcionamiento):																															
IMPORTACIÓN, COMERCIALIZACIÓN, EXPORTACIÓN, ALMACENAMIENTO Y/O DISTRIBUCIÓN DE:																															
A). PRODUCTOS FARMACÉUTICOS	C). PRODUCTOS SANITARIOS																														
1. MEDICAMENTOS:	1 PRODUCTOS COSMÉTICOS <input type="checkbox"/>																														
- ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS <input type="checkbox"/>	2 PRODUCTOS ABSORBENTES DE HIGIENE PERSONAL <input type="checkbox"/>																														
- AGENTES DE DIAGNOSTICO <input type="checkbox"/>	3 PRODUCTOS DE HIGIENE DOMÉSTICA <input type="checkbox"/>																														
- RADIOFÁRMACOS <input type="checkbox"/>	4 ARTÍCULOS SANITARIOS <input type="checkbox"/>																														
- GASES MEDICINALES <input type="checkbox"/>																															
2. RECURSOS TERAPEUTICOS NATURALES:																															
- PRODUCTO NATURAL DE USO EN SALUD <input type="checkbox"/>																															
- RECURSO NATURAL DE USO EN SALUD <input type="checkbox"/>																															
3. PRODUCTOS GALÉNICOS <input type="checkbox"/>																															
4. PRODUCTOS DIETÉTICOS <input type="checkbox"/>																															
5. PRODUCTOS EDULCORANTES <input type="checkbox"/>																															
6. PRODUCTOS BIOLÓGICOS <input type="checkbox"/>																															
7. PRODUCTOS HOMEOPÁTICOS <input type="checkbox"/>																															
B). DISPOSITIVOS MEDICOS:																															
	NIVEL DE RIESGO																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">CLASE I: De B. Riesgo</th> <th style="width: 15%;">CLASE II, de Moderado Riesgo</th> <th style="width: 15%;">CLASE III, de Alto Riesgo</th> <th style="width: 15%;">CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo</th> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">No Estéril</td> <td style="text-align: center;">Estéril</td> <td></td> <td></td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. DISPOSITIVOS MÉDICOS</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>2. EQUIPOS BIOMEDICOS</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)</td> <td colspan="4" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		CLASE I: De B. Riesgo	CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo		No Estéril	Estéril			1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)	<input type="checkbox"/>			
	CLASE I: De B. Riesgo	CLASE II, de Moderado Riesgo	CLASE III, de Alto Riesgo	CLASE IV, Críticos en materia de Riesgo																											
	No Estéril	Estéril																													
1. DISPOSITIVOS MÉDICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
2. EQUIPOS BIOMEDICOS	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
3. EQUIPOS BIOMEDICOS DE TECNOLOGIA CONTROLADA	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
4. DE DIAGNOSTICO INVITRO (Reactivo de Diagnostico)	<input type="checkbox"/>																														

6. DIRECCIÓN DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

6a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
6b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
6c. DISTRITO:		6d. PROV.:	6e. DPTO.:
6f. Correo Electronico:		6g. Telefono:	

7. DIRECCIÓN DEL ALMACÉN: (Congruente con la dirección consignada en el RUC)

7a. Calle / Jiron / Avenida:		N°:	INT.:
7b. URB./AA.HH./PP.JJ.:		MZ.	LOTE.:
7c. DISTRITO:		7d. PROV.:	7e. DPTO.:

7f. CON SERVICIO DE ALMACENAMIENTO: NO SI

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO QUE BRINDA EL SERVICIO DE ALMACENAMIENTO (en caso de marcar si):

7g. REGISTRO UNICO DEL CONTRIBUYENTE – RUC N°:

7h. NOMBRE COMERCIAL:

7i. RAZÓN SOCIAL:

8. HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DE SU ESTABLECIMIENTO:

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____

INFORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE LABORAN EN EL ESTABLECIMIENTO FARMACÉUTICO

9a. DIRECTOR TECNICO: QUÍMICO FARMACÉUTICO U OTRO PROFESIONAL SEGUN CORRESPONDA):

9b. APELLIDOS:	<input type="text"/>	NOMBRES:	<input type="text"/>
C.Q.F.P. N°:	<input type="text"/>	email:	<input type="text"/>
		DN:	<input type="text"/>
		TF:	<input type="text"/>

9c. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días Especificar las Horas (De.. A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____

10. QUÍMICO FARMACÉUTICO ASISTENTE (CUANDO CORRESPONDA):

10a. APELLIDOS: NOMBRES:
 C.Q.F.P. N°: email: DN: TF:

10b. HORARIO DE LABOR

Marcar con X los días

Especificar las Horas (De... A: ...)

<input type="checkbox"/>	LUNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MARTES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	MIERCOLES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	JUEVES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	VIERNES	_____	_____
<input type="checkbox"/>	SÁBADO	_____	_____

11. REQUISITOS (PROCEDIMIENTO N° XXX DEL TUPA XXX)

- Solicitud con carácter de Declaración Jurada, según formato, indicando además el día de pago y el número de constancia de pago.
- Croquis de ubicación del establecimiento.
- Croquis de distribución interna del establecimiento y del almacén, indicando el volumen útil de almacenamiento máximo en metros cúbicos por cada área, exclusiva o compartida y las áreas destinadas a productos o dispositivos que requieren condiciones especiales de almacenamiento, cuando corresponda, en formato A-3.
- Autorización emitida por el Instituto Peruano de Energía Nuclear-IPEN, para el caso de droguerías que importan o comercializan equipos biomédicos de tecnología controlada que emitan radiaciones ionizantes.
- Copia del contrato de servicio de almacenamiento y/o distribución, cuando corresponda.
Para el caso de una droguería que cuente con área de laboratorio de control de calidad, el interesado debe presentar, además, lo siguiente:
- En el formato de solicitud, nombre y número de colegiatura del profesional Químico Farmacéutico que se hará cargo de la jefatura de control de calidad.
- Croquis de distribución interna del laboratorio de control de calidad indicando el nombre de las áreas, en formato A-3.
- Copia de la licencia de zonificación.
- Tipo de análisis a realizar.
- Relación de equipos para el control de calidad.
- Relación de instrumental y materiales.
- Relación de estándares de referencia disponibles.
- Flujograma del proceso de control de calidad de manera integral desde el ingreso de la muestra (objeto de ensayo) hasta la entrega del informe de ensayo o certificado de análisis al cliente.
- Copia del contrato de servicio de tercero, cuando corresponda.

Número de Constancia de pago

Fecha de pago

LO CUAL DECLARO EN SUSTITUCIÓN DEL DOCUMENTO OFICIAL QUE ACREDITA MI DIGNO Y CON BUENA FE, BASADO EN EL PRINCIPIO DE PRESUNCIÓN DE VERACIDAD CONSAGRADO EN EL ART. IV INCISO 1.7, LEY DE PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO GENERAL; EXPRESANDO ASÍ MISMO CONOCER CONSECUENCIAS DE ORDEN PECUNIARIO, ADMINISTRATIVO Y PENAL EN CASO DE FALSEDAD DE ESTA DECLARACIÓN. CONFORME REGULA EL ART. 411° DEL CÓDIGO PENAL.

Firma del Director Técnico

Firma del Propietario o Representante Legal

y Sello del Establecimiento Farmacéutico